



HOUSING AUTHORITY OF THE COUNTY OF MONTEREY  
 123 RICO STREET, SALINAS, CA 93907  
 (831) 775-5000 / 649-1541 TDD 754-2951

Numero de Aplicacion # \_\_\_\_\_

NOTE: SOLAMENTE USE NOMBRES LEGALES

JEFE DE CASA Y CONYUGUE	SEXO	NUM. DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	INGRESOS MENSUALES	ORIGEN DE INGRESOS

Es Ud veterano?  Si  No Familia de un veterano o militar?  Si  No Relacion a veterano: \_\_\_\_\_ Proveer una copia de los documentos militares o las formas DD214.

PARA PROPOSITO DE ACOMODACIONES - Ud. reclama lo siguiente:  1. Impedimiento de Movidad  2. Impedimiento de Escuchar  3. Impedimiento de Vista

Otros Adultos (Apellido,Primer,M.I.)	Sexo	Relacion	Num. De Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Ingresos Mensuales	Origen de Ingresos

Menores (Apellido, Primer, M.I)	Sexo	Relacion al Jefe de Casa	Num. De Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Menores (Apellido, Primer, M.I)	Sexo	Relacion al Jefe de Casa	Num. De Seguro Social	Fecha de Nacimiento

Su direccion presente: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Telefono de dia: \_\_\_\_\_  
 (Calle) (Ciudad) (Codigo Postal) (Estado) (Condado) Telefono de noche: \_\_\_\_\_

Su direccion de correo: \_\_\_\_\_ Nombre del Dueno: \_\_\_\_\_  
 (# de P.O. Box o Calle) (Ciudad) (Codigo Postal) (Estado) (Condado) Num. Del Dueno: \_\_\_\_\_ Renta: \$ \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre: \_\_\_\_\_ Num. De telefono: \_\_\_\_\_ Num. De Mensaje: \_\_\_\_\_ Utilidades \$ \_\_\_\_\_  
 Estimar aproximadamente costo de

**AVISO:** Es requerido que Ud. notifique a la Autoridad De Viviendas por escrito de cambios de domicilio. Si en caso que no podamos comunicarnos al domicilio reciente en su archivo, su nombre se le retirara de la lista de espera.

- 1. Alguna vez ha violado anteriormente las obligaciones del programa de Viviendas Publicas?  Si  No
- 2. Alguna vez ha cometido violaciones de felonias/posesion de drogas o actividades violentas?  Si  No
- 3. Le debe dinero a La Autoridad de Viviendas?  Si  No

Yo por este medio certifico que toda la informacion es completa y exacta.

FIRMA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_ (a.m. / p.m.)

**Documento por ambos lados**

FAVOR DE INDICAR EN CUAL SITIO(S) ESTA INTERESADO DE APLICAR:

UNIDADES PARA FAMILIAS

UNIDADES PARA ANCIANOS

- \_\_\_ Portola Vista (20 Del Monte Ave., Monterey)
\_\_\_ Casanova Plaza (800 Casanova Ave., Monterey) \*Aceptan Sección 8
Solo para personas 62 años de edad o mayor, o 55 años de edad o mayor y
estar viviendo en una residencia para ancianos.
\_\_\_ Parkside Manor (Parkside St., Salinas) Elderly Units \*Aceptan Sección 8
Solo para personas 62 años de edad o mayor, o 55 años de edad o mayor y
estar viviendo en una residencia para ancianos.
\_\_\_ Peninsula Project Based Rippling River(53 E. Carmel Valley Rd.,
Carmel Valley)

- \_\_\_ Lakeview Towers (Salinas)
(Hasta mas aviso)
\_\_\_ Oakgrove (1100 2nd St., Monterey) 2Recamaras \*Aceptan Seccion 8
\_\_\_ Jardines Del Monte (1253 Del Monte Ave., Salinas) 3 Recamaras \*Aceptan Seccion 8
\_\_\_ Parkside Manor (Parkside St., Salinas) \*Aceptan Seccion 8
Unidades Familiares- 4 y 5 Recamaras

RAZA/ETNICA: Esta informacion es confidencial y es usado unicamente por el gobierno con el proposito de conforme a las leyes de Oportunidad e Igualdad. Favor de notar que la auto-identificacion de raza/etnicidad es voluntario.

- Blanco
Negro/Africano Americano
Negro/Africano Americano y Blanco
Asiatico
Asiatico y Blanco
Indio Americano/Alaskan Nativo
Indio Americano/Alaskan Nativo y Negro/Africano Americano
Indio Americano/Alaskan Nativo y Blanco
Hawaiano Nativo/Islas del Pacifico
Otro:

- Ethnicidad: HISPAN/LATIN
Si
No
Si, Mexicano/Chicano
Si, Cubano
Si, Puertorriqueño
Si, Otro Hispano/Latino:

